

Dr. Julio Enrique Paredes  
Profesor de Clínica Interna

#### La Amibiasis

Señores:

He elegido este tema para la conferencia que, siguiendo el ciclo establecido por la Facultad de Ciencias Médicas, me corresponde sustentar hoy, por ser un asunto de palpitante actualidad, tanto por la extremada frecuencia con que sus diversas manifestaciones se presentan entre nosotros, como por ser uno de los problemas científicos que merecen una total revisión: las ideas clásicas hasta hoy, en mi concepto deben pasar a ocupar su puesto en la historia, para ser reemplazadas con hechos más en acuerdo con la observación y la realidad.

Naturalmente, dado el corto tiempo de que dispongo, y para no abusar de vuestra amabilidad, me concretaré solo a los rasgos más salientes, o desconocidos, hasta hoy, de los fenómenos clínicos con que se manifiesta en la especie humana, dejando el estudio parasitológico propiamente dicho para otra ocasión, o para que lo traten personas más versadas que yo en esa materia. Desde luego, debo manifestar, que el estudio de los casos cuya síntesis es esta conferencia, lo he hecho a base de la comprobación microscópica del agente causal, y cuando esto no ha sido posible, por el tratamiento; en mi concepto, solo la constatación de la Entamoeba Histolítica, o la eficacia de la prueba terapéutica específica, son los únicos criterios de certeza absoluta en esta materia.

Mis investigaciones sobre la amibiasis, datan desde el año 1919, época de mi internado en el Servicio de Clínica Interna de este Hospital. De ahí que en este estudio no utilizaré sino la cita de autores más indispensable, concretándome ex-

clusivamente al análisis y a la exposición de las conclusiones a que he llegado.

En los tratados de Patología que nos vienen del extranjero, no habréis encontrado un estudio de la Amibiasis; su descripción se reduce solo a la disentería amibiana y al absceso hepático del mismo origen: concepto simplista y erróneo, que equivale a que se pretendiera hacer el estudio de la sífilis, por ejemplo, describiendo la sífilis del intestino y las esclerosis específicas del hígado. Esto merece una rectificación amplia, pues la amibiasis como la sífilis, son dos enfermedades que, partiendo de un período de infección local, tienden a la generalización en el organismo. Ambas tienen como etiológico un protozoario, pero naturalmente sus afinidades organótropas son diferentes.

La MANIFESTACIÓN PRIMARIA, de la infección amibiana, es la ulceración intestinal (en la sífilis es la ulceración genital) hecho explicable por cuanto la Entamoeba Hístolítica, es introducida en el organismo por la alimentación, ordinariamente. Desde luego no es indispensable para el desarrollo posterior del parásito, su paso por la boca, estómago, etc., es suficiente la llegada al intestino. Lo prueban las experiencias de inoculación rectal al gato, hechas por muchos autores, y, entre nosotros por el Prof. Dr. Suárez.

No es indispensable la ulceración primaria, para la producción de trastornos posteriores en el organismo: hay amibiasis latente, como hay sífilis latente, reconocible solo por las manifestaciones secundarias de la enfermedad.

¿Cuáles son estas manifestaciones secundarias? Así como la sífilis tiene sus afinidades por el sistema nervioso, la amibiasis las tiene por las glándulas, las digestivas especialmente por sus conexiones anatómicas, como el hígado y el bazo. Sin embargo, se citan y hemos visto también tomarse otras glándulas, como el pulmón, riñón, etc.

Y, si consideramos que la amiba hace este recorrido por vía sanguínea, lógicamente se deduce que todos los órganos pueden ser infectados por ella: lo prueban las múltiples publicaciones que acerca de las localizaciones /esícales, cerebrales, etc., hacen los investigadores en los lugares infectados.

La amibiasis es pues una enfermedad proteiforme, esencialmente crónica, y que se hace aparente por manifestaciones o episodios agudos.

Todos vosotros conocéis la enorme proporción de infectados de amibiasis en la Región Interandina del Ecuador, es decir en alturas de 1.500, 3.000 metros y aún más, con temperaturas hasta de 18 ó 20 grados centígrados. En todas estas regiones existe endémicamente, con brotes de recrudescencia más o menos espaciados. Jamás falta en los servicios hospitalarios y en los consultorios médicos un apreciable número de enfermos, con las manifestaciones más diversas de esta dolencia, correspondiendo evidentemente el mayor porcentaje a las manifestaciones disenteriformes, y las hepáticas luego. Es de anotar que muchas obras extranjeras de patología, continúan aún llamando a la disentería amibiana «disenteria de los países cálidos» y a la bacilar «disenteria de los países fríos», siendo la realidad, todo lo contrario entre nosotros: en la zona interandina del Ecuador, país de clima frío o templado, es rara la disenteria bacilar, y en cambio la amibiasis, es una de las enfermedades más frecuentes; es, en mi concepto, uno de los más grandes flajelos de esta zona, y uno de los problemas sanitarios más áridos e inaplazables por resolverse entre nosotros.

La mosca continúa siendo el gran vector de la enfermedad, a merced de las pésimas condiciones higiénicas que soportan pacientemente la mayoría de las ciudades y aldeas ecuatorianas, en donde las clases incultas, (cuyo porcentaje alarmante es de todos conocido), abandonan las materias fecales al aire libre en las calles y caminos. Aun las autoridades sanitarias permiten el transporte de basuras y desperdicios domésticos, en carretas abiertas, que se desocupan en los barrios apartados de las ciudades, en donde se las va acumulando sin ninguna precaución. No me parece demostrado el papel que unánimemente se atribuye a las legumbres, ya que no está probado que los órganos y tejidos vegetales, constituyen un medio biológico apto para el desarrollo de esta variedad de amibas.

En pocas palabras: incultura, pésimas condiciones higiénicas, amibiasis, —a la cabeza de otros tantos estados morbosos— son tres términos cuyo consorcio efectivo y fatal entre nosotros, se planteará como problema genuinamente social, cuando algún día nos entendamos entre ' .vestigadores y estadistas ecuatorianos.

Es mi opinión, que para cumplirse el ciclo evolutivo de la Entamoeba histolítica en el intestino y para pasar del estado

quístico al de actividad, es indispensable la producción de un medio físico químico especialmente favorable. El medio intestinal normal, no parece ser apto para la vida de las amibas y otros protozoos; para luchar contra las adversidades de este medio, es que el parásito se enquistaba y adquiere así la resistencia necesaria; el agente ha perdido su actividad, su poder ofensivo para el huésped, pero este estado de vida latente, le permite soportar sin inconvenientes su existencia parasitaria. Así debe explicarse el mecanismo de la amibiasis latente y el por qué de los portadores crónicos de quistes. Pero sobreviene un cambio físico-químico en el medio intestinal,— excesos alimenticios, trastorno funcional de las glándulas digestivas, y especialmente alcoholismo,— y el quiste se cambia en forma activa; la amibiasis latente se hace aparente. Así se explicarían las recrudescencias y las manifestaciones periódicas de la enfermedad.

Hasta aquí, señores, me he ocupado del conjunto de apreciaciones generales más importantes. Tócame ahora exponeros mis puntos de vista en lo referente al estudio detallado de cada una de las manifestaciones, —conjunto síndromico, formas clínicas, como queráis llamarlas,— con que vemos aparecer la dolencia que nos ocupa, en clínica humana. Para esta enumeración, me he inspirado exclusivamente en el orden de frecuencia e importancia, con que se presentan en nuestro medio. Intencionalmente he dado poco interés al establecimiento de una clasificación, tanto por faltarme datos más amplios para abordarla, como por la tendencia científica actual de dar escaso interés a estas dicitiplinas teóricas, que tanto agradaban a nuestros antepasados.

#### MANIFESTACIONES ABDOMINALES DE LA AMIBIASIS

Encontramos aquí dos tipos generales: Amibiasis aguda y Amibiasis crónica, subdivididos como sigue:

- I. —Amibiasis aguda:
  - a) Forma disentérica
  - b) Enteritis amibiana
  - c) Forma coleriforme

- d) Forma apendicular
- e) Forma peritoneal o dolorosa
- f) Forma obstructiva u oclusiones de origen amibiano.

II. —Amibiasis crónica.

- a) Disenteria crónica
- b) Enteritis crónica
- c) Formas frustradas
- e) Forma pseudomembranosa.

III. —Evolución general y complicaciones.

Amibiasis Aguda

Es la manera habitual de comenzar la enfermedad; en efecto, es mucho mas raro, como venimos de ver, que desde el primer momento se instale la forma crónica.

a) *Forma disentérica.*—Por no entrar en descripciones inoficiosas, por muy conocidas, no me detendré a hacer una descripción suscinta del síndrome disentérico; me limitaré en este momento a insistir sobre ciertos caracteres no bien descritos o insuficientemente conocidos.

Los dolores en la región sacro-lumbar son muy frecuentes en la fase prodromica, y lo que es más raro, pueden preceder con muchos días a la aparición de la enfermedad, constituyendo el único síntoma morboso. La intensidad es variable, yendo desde la simple sensación de molestia o pesadez, en la región ya mencionada, hasta una verdadera raquíalgia, sin llegar desde luego, a la intensidad dramática del cólico nefrítico. Invaden la región sacro-lumbar sin localización en puntos determinados y sin irradiaciones francas.

La forma sobreaguda o más bien enterorrágica febril, es menos frecuente. Comienza con los síntomas banales de las infecciones, y rápidamente, en pocas horas a veces adquiere la sintomatología peculiar, con caracteres de gravedad. Las deposiciones son numerosísimas y constituidas por serosidad sanguinolenta, y en ocasiones francamente hemorrágica; las mucosidades que dominan en la forma ordinaria, son escasas aquí. La fiebre es generalmente alta, en algunos enfermos la he visto subir a 40°,5. No faltan otras manifestaciones di-

gestivas como vómitos, meteorismo, etc. El abdomen está doloroso, el tenesmo es penoso. Pronto aparecen los síntomas de las grandes deshidrataciones: pulso rápido, débil filiforme a veces; sed viva, lengua seca, voz apagada y astenia profunda. En ocasiones facies «abdominal» semejante a la de las peritonitis confirmadas. Los calambres son frecuentes; hay pues, indicación de hidratar urgentemente al enfermo para ponerlo a salvo de un peligro inminente y tener tiempo de instituir un tratamiento eficaz. En estas formas es insuficiente la dosis de 0,04 ó 0,05 de clorhidrato de emetina; es menester usar dosis de 0,08 ó 0,12 en 24 horas, fraccionada en dos o tres inyecciones; al mismo tiempo está indicado administrar subcutáneamente cafeína, aceite alcanforado o adrenalina; recurrir al opio, solución salina fisiológica, etc., por razones fáciles de prever. No es prudente la administración del Yatren, en estos casos, por la diarrea que a menudo provoca en individuos sensibles.

Como se ve, en un cuadro como el descrito, es indispensable tener presente la posibilidad de la infección amibiana, y para mayor seguridad, el examen microscópico de las heces practicado de urgencia, desvanecerá toda duda.

Otro punto sobre el que no se ha insistido lo suficiente, es de las disenterias emetino resistentes. Punto capital porque el médico se ve desconcertado al contemplar el fracaso del medicamento específico; el enfermo al experimentar lo ineficaz del tratamiento, cambia de médico, y ante un nuevo fracaso, no tarda en entrar en un estado de nervosismo tal, que constituye la pesadilla de la familia y de los médicos.

De las investigaciones que he practicado al respecto, creo que la emetino resistencia puede obedecer a uno o más factores, expuestos a continuación:

I. —INSUFICIENCIA DE LAS DOSIS DE EMETINA EMPLEADAS AL COMIENZO DEL TRATAMIENTO.—Creo firmemente que la dosis de 0,04 por día debe ser desechada, —la mayoría de las veces—, y cambiada por 0,08 administrada en dos veces al día (0,04 en cada vez). Por qué?... Porque las dosis altas son las más útiles: el ataque brutal al parásito, evita el acostumbramiento o mitridatización de este; no dan tiempo al enquistamiento, y, evita la transformación del tipo parasitario habitual en la forma ENANA, modalidad característica de las disenterías rebeldes o crónicas de nuestra región.

No conozco trabajos serios sobre esta variedad de amiba, pero en mis observaciones y en las de otros colegas de la localidad, se la ha encontrado muy a menudo, conservando los caracteres de la forma ordinaria, pero de tamaño muy reducido, pudiendo llegar a tener las dimensiones de un leucocito. Esta es la forma emetina resistente por excelencia. No creo en que se trate de otra raza de amiba, sino de un cambio morfológico ocasionado por alteraciones del medio, ya que las dosis insuficientes de emetina, deben trastornar la biología del parásito sin llegar a matarlo.

II. —LAS ASOCIACIONES PARASITARIAS.—Todos los parásitos del intestino humano pueden entrar en escena y complicar el cuadro patológico. Por orden de frecuencia mencionaré los siguientes:

a) *Con otros protozoanos.*—La Tricomonas intestinalis es el acompañante que más a menudo lo he observado; como este agente no es influenciado por la emetina, el enfermo así tratado se cura incompletamente, y los accidentes solo ceden empleando el tratamiento mixto. Además siendo este flagelado sumamente resistente a la terapéutica, el paciente que padece esta asociación está expuesto a las contingencias de la enfermedad crónica parasitaria, con sus épocas de mejoría y recaídas, si no sigue un tratamiento largo y bien dirigido.

Los dolores abdominales sin horario ni localización bien definida, y las crisis dárreicas son constantes. He visto una paciente de 60 años, con esta asociación, cuya recaída debutaba con fenómenos de tipo coleriforme.

La Lamblia y cercomonas son menos frecuentes, pero ocasionan trastornos semejante y de larga duración.

b) *Con otros parásitos.*—De los aematelmintos, el Ascaris lumbricoide y los oxiuros son los más frecuentes; de los platelmintos, la Tenia saginata. A este respecto, me parece muy razonable la opinión de Guillet, quien cree que las amibas pueden ser introducidas en la Mucosa intestinal por los medios de fijación que disponen estos parásitos, siendo su expulsión indispensable para el buen éxito de la terapéutica antiamibiana.

De lo que venimos de ver, podemos deducir, que todo disentérico para ser tratado con éxito, debe ser sometido al

examen microscópico de las heces, pues a menudo el tratamiento tiene que ser mixto para ser eficaz.

Ya que asociaciones parasitarias se trata, diremos unas pocas palabras sobre otro caso que frecuentemente se observa aquí: la asociación paludismo disentería. Siempre que constatemos casos de esta naturaleza, es muy prudente practicar la investigación microscópica de sangre y materias fecales, porque pueden presentarse dos eventualidades: o bien, —caso más frecuente—, se halla amibas y se debe instituir un tratamiento mixto; o el examen (mejor serie de exámenes) da resultado negativo en las heces, y en sangre se constata Plasmodium Falciparum, en cuyo caso el diagnóstico de paludismo pernicioso a tipo disenteriforme se impone, con las consecuencias terapéuticas consiguientes. El paludismo, como la amibiiasis son enfermedades proteiformes.

III. — EL causante de la emetina resistencia es frecuentemente el mismo enfermo, que habiendo mejorado con las primeras inyecciones de emetina, se cree curado y renuncia a continuar el tratamiento; después de cierto tiempo, una nueva crisis se presenta y observa la misma conducta, creando así las condiciones estudiadas más arriba. La ignorancia a este respecto de gran parte del público, es la causa eficiente para esta eventualidad; les toca a las autoridades sanitarias ilustrar al pueblo por medio de conferencias o carteles, para la lucha antiámibiana, de impostergable necesidad. Desgraciadamente el problema permanece aun íntocado, a pesar de ser una de las causas más importantes de mortalidad en nuestras regiones.

IV. —LOCALIZACIÓN DE LA AMIBA EN LA MUSCULOSA INTESTINAL.—El Profesor Dr. Suárez ha tenido la gentileza de proporcionarme cortes de intestino de gato infectado experimentalmente con amibas, en los que se observa la presencia del parásito no solo en las ulceraciones y sus cercanías, sino muy lejos, en los diversos planos de la musculosa y aun en plena serosa, es decir en sitios de difícil acceso farmacológico. Estas preparaciones interesantísimas, serán proyectadas y explicadas más luego, por el ya citado y distinguido Catedrático de Histología.

b) *Enteritis amibiana*.—A veces un individuo en pleno estado de salud, a consecuencia de desarreglos alimenticios, es atacado de crisis diarreicas, pequeños dolores abdominales,



estado -aburral de la lengua, en fin, el cuadro de una enteritis banal. Pero el tratamiento clásico más bien dirigido, no da resultado duradero, hasta el día en que el examen coprológico, descubre la presencia de Entamoeba histolítica ya sola o más frecuentemente asociada a otros protozoarios; hallazgo que es una sorpresa para el médico no avisado, por no haber presentado el paciente ni tenesmo, ni las deposiciones muco-sanguinolentas que se acostumbra describir aun como las únicas manifestaciones amebiásicas.

En otras ocasiones, más raras desde luego, la sintomatología es de una verdadera enteritis infecciosa con fiebre alta, postración, etc. Es probable que las lesiones intestinales causadas por las amibas, abran la puerta a los microorganismos saprofitos que pululan en el tractus digestivo. El tratamiento antiamebíano es eficaz en caso semejante, lo que prueba que las amibas son el primus movens, y las bacterias actúan tan solo a título accesorio.

Esta modalidad es de tener muy en cuenta en el niño, en el que puede presentarse ya como entidad primitiva, o también como complicación en la convalecencia de la neumonía, bronconeumonía, coqueluche, fiebres eruptivas o también complicar los accidentes de la dentición.

En una epidemia de sarampión pude observar las modalidades que reviste la infección amebiásica. Es entre el segundo y octavo día de la defervescencia que se presentan los accidentes, ya de una entera colitis de apariencia banal o ya de una verdadera disentería. Muy a menudo la reacción térmica es acentuada, en otras no existe. De todos modos estas formas son desesperantes por la resistencia al tratamiento; el enflaquecimiento y demacración rápida de los enfermos, los edemas, etc., hacen el pronóstico sombrío. Es probable que como piensa Hallez, el enantema intestinal en su descamación, de lugar a la colitis, la cual, agregaríamos nosotros, en los portadores de quistes despertaría la actividad y el proceso quedaría constituido. El tratamiento de estos casos debe ser mixto: atender las insuficiencias glandulares, la carencia vitamínica, para que el éxito de los medicamentos específicos sea evidente.

c) *¿forma coleriforme.*—Esta modalidad asume iguales caracteres sintomáticos que la gastroenteritis banal sobreaguda o cólera nostras; tan solo se reconoce su origen amí-

biano por la intensidad de los fenómenos dolorosos en colón, mucosidades sanguinolentas o no, y la presencia en ellas del agente etiológico. Como muchas veces estallan manifestaciones disenteriformes después de un ataque de gastroenteritis sobreaaguda, sería difícil dilucidar si la Entamoeba hística es el agente determinante de todo el proceso o si es el cambio de medio físico-químico intestinal causado por la gastro enteritis el que pone en actividad a los quistes en un paciente atacado de amibiasis latente. Pero el hecho clínico es evidente y la importancia terapéutica, de igual modo.

En los pacientes que hacen gastro enteritis a repetición se debe investigar cuidadosamente las insuficiencias hepática y pancreática que son muy frecuentes y entretienen a su vez el proceso amibiano, como factores decisivos de alteraciones del medio intestinal.

b) *Forma, apendicular.*— Se presenta como un cólico apendicular agudo ordinario, rebelde a todo el tratamiento clásico, pero que cede rápidamente con la emetina. Es de capital importancia la averiguación de antecedentes amibianos en todas las apendicitis; y en mi concepto, el examen coprológico debería practicarse sistemáticamente en tales circunstancias.

La observación de algunos pacientes ha afirmado en mí el convencimiento de las estrechas relaciones funcionales existentes entre el apéndice y la vesícula biliar. He visto casos de de amibiasis crónica, con brotes agudos y con cólicos vesiculares clásicos en los que el sondaje duodenal con prueba de Meltzer-Lyon positiva, provocó la expulsión por las heces de masas colessterolínicas, dar en el examen radiológico todos los signos de apendicitis crónica, sin jamás haber tenido molestias en la fosa ilíaca derecha, y curar de todo el proceso con la apendicectomía. Insisto en lo prolijo que debe ser el clínico en la exploración del apéndice en todo enfermo del aparato digestivo, aún cuando no existan signos que infundan la sospecha de su participación.

c) *Forma dolorosa o peritoneal.*—Son pacientes que consultan por dolores de intensidad variable, de aparición y duración arbitrarias, ya sea con localización franca en tal o cual punto semiológico de investigación del dolor abdominal, o difusos e imprecisos. Generalmente no se halla ningún otro signo en la exploración más cuidadosa, pero los antecedentes y el

microscopio dan la clave del diagnóstico. La presencia del agente causal en la serosa, que más luego veréis en los cortes a que hice referencia, nos explican la patogenia.

d) *Oclusiones de origen amibiano.*—El conocimiento de esta forma, lo debo al hallazgo de pacientes que al mismo tiempo que los fenómenos de oclusión cálsica, consiguieron expulsar pequeñas porciones de moco sanguinolento con amibas y en los que el tratatamiento específico puso todo en orden. Posteriormente, el inolvidable maestro, Profesor Dávila, me puso a la vista magníficas piezas anatomo-patológicas de intestinos en los que las ulceraciones amibíadas sirvieron de agentes provocadores de invaginaciones, agravándose indudablemente por el espasmo, y que fueron obtenidas de fallecidos con oclusión intestinal.

#### Manifestaciones Crónicas

De la casuística que ha servido de base a este trabajo, podemos deducir las siguientes formas clínicas de amibiasis crónica:

a) *Disenteria crónica.*—Dije ya al principio que la amibiasis es una enfermedad esencialmente crónica. Pero la disenteria crónica es posiblemente una dolencia histórica; en efecto, en la época pre-emetínica, es natural que haya sido de observación frecuente, pero ahora en que la eficacia del tratamiento específico es conocida de todo el mundo, no la observamos sino en individuos provenientes de comarcas apartadas e incultas. El desgraciado enfermo se presenta en estado de profunda emaciación, o caquéctico ya; anemia profunda, gran deshidratación que puede leerse en su piel seca y apergaminada. El síndrome disentérico está atenuado en cuanto a intensidad. Muchas veces hay prolapso rectal, edema de los maléolos, fiebre; en las heces se encuentra el agente etiológico en todas sus formas y variantes, y acompañado por otros protozoarios tanto saprofitos como patógenos. La mayoría de estos tristes cuadros, los vemos ahora en niños o ancianos, que no pueden trasladarse por sí mismos al Hospital o Consultorio médico. No insistiré más, porque todos vosotros conocéis mejor que nuestros estadistas la mísera situación del niño y del anciano en el Ecuador.

Las complicaciones que a menudo acompañan a estos estados las trataré más luego; aquí sólo debo decir que son muchas.

b) *Enteritis crónica.*—Diarrea de larga duración, caquec-tizante, resistente a toda terapéutica que no sea la específica, y a veces aún a esta por las asociaciones parasitarias concomitantes. No me cansaré de repetirlo: solo el análisis de los antecedentes, y la investigación microscópica de los excrementos, nos pueden guiar a la verdad; este es uno de los casos seguros de triunfo para el médico investigador, ya que solo así puede hacerse un diagnóstico diferencial con otras enteritis de aspecto muy parecido clínicamente (tuberculosis intestinal ulcerosa, etc.). En muchas ocasiones, los buenos resultados de la prueba de la emetina, son de indiscutible utilidad diagnóstica.

c) *Forma pseudo-membranosa.*—Mas bien convendría llamarla colitis amibiana crónica; pero quiero presentarla con ese nombre, en homenaje a la memoria del Profesor Dávila, a quien debo entre varias historias clínicas, su auto observación. No insistiré en los detalles sintomáticos, porque en nada difieren de los ya conocidos en las formas ordinarias; solo se diferencian e i que son causados por amibas y en que curan con emetir. a o yatrén.

d) Durante mi internado en 1920, pude ver pacientes cuyo ingreso al Servicio por moelenas como único síntoma después de un estudio minucioso llegábamos a la conclusión de su etiología amibiana. Todos curaron con el tratamiento del caso.

III.—**Complicaciones.**—Solo trataré en este lugar de las complicaciones locales, dejando para otros capítulos las manifestaciones hepáticas, pulmonares, etc., para las que . creo del caso el considerarlas como complicaciones, sino nu bien como modalidades de la amibiosis secundaria, según he propuesto al comienzo de esta conferencia.

a) *Enterorragia.*—Muy rara.

b) *Estenosis cicatricial.*—Mucho más frecuente. Cuantas oclusiones intestinales se ven en la autopsia o las halla el cirujano, como provenientes de este origen. Es posible

que sean las formas crónicas las que más predispongan a la estenosis cicatricial, por realizarse en ellas la Ley de Patología general relativa a los trastornos producidos por gérmenes de poca virulencia o en pequeña cantidad, pero que actúan constantemente y por mucho tiempo.

c) *Adherencias.*—Merced a experiencias realizadas por el Dr. Suárez en el gato, se ve que las amibas son capaces de atravesar todas las capas del intestino y llegar a la serosa; así explicaba hace un momento las formas dolorosas, y así se explica también las reacciones peritoneales con la consiguiente formación de adherencias. Constituido el proceso, corre en el porvenir las contingencias de los procesos de esta naturaleza. Aquí la lesión es el todo, la etiología está en segundo plano.

#### Amibiasis Hepática

El hígado es el órgano por el cual tiene la amiba marcada predilección, y es en él en donde se hacen la mayoría de las manifestaciones secundarias de la enfermedad. Existiendo la conexión vascular porta, este hecho se explica fácil y ampliamente.

He sostenido de tiempos atrás la negativa en lo tocante a la amibiasis primitiva del hígado; ese hecho es solo aparente, pues es aquí en donde juega papel de primera fuerza la amibiasis latente, cuyo mecanismo y concepto general expuse hace pocos momentos. Repugna a la lógica más elemental el pensar en una siembra amibiana primitiva del hígado: es un imposible anatómicamente hablando; tenemos que admitir forzosamente la entrada por el intestino; que este paso se haga con fenómenos aparentes (caso de producirse el episodio primario), o sin ellos (amibiasis latente), es muy distinto.

La glándula hepática es tanto más vulnerable, por la amiba, cuanto son más marcadas en ella las causas de menor resistencia: intoxicaciones tanto endógenas como exógenas; así nos explicamos ahora por que la amibiasis hepática hace mayores estragos en individuos que están expuestos a desarreglos alimenticios, y especialmente en los alcohólicos. Así tendríamos constituido un verdadero círculo patológico:

el alcohol causando . Iteraciones celulares en el hígado, y la insuficiencia funcional así constituida, entretienen el desarrollo de protozoarios en el intestino, por los cambios físico químicos del medio como lo hemos visto ya.

Los fenómenos clínicos se presentan bajo dos aspectos: manifestaciones agudas y crónicas.

I. —MANIFESTACIONES AGUDAS.

a) *Hepatitis.*—Es la más frecuente entre las manifestaciones de la amibiasis secundaria. Puede seguir a una disenteria, más raramente presentarse en el curso de el y lo más a menudo en los atacados de amibiasis latente. Son enfermos que se presentan con fenómenos dolorosos en el hipocondrio derecho, irradiados al epigastrio u a otros segmentos abdominales, a la región lumbar o al hombro derecho. Trastornos digestivos variables. Reacción térmica pequeña o nula las más de las veces. La exploración del hígado, demuestra que está grande y doloroso.

Al lado de esta forma típica, debemos estar muy advertidos para despistar las formas frustradas, cuya modalidad más sencilla se caracteriza solo por la hepatomegalía.

Una minuciosa exploración del hígado es conveniente practicarla de manera sistemática, y en todos aquellos casos de hepatomegalía de etiología imprecisa, se debe instituir la prueba farmacológica de la emetina. Esta práctica me ha permitido despistar algunas formas caprichosas con el consiguiente éxito terapéutico.

b) *Abceso hepático.*—Sería inoficioso describir ahora la sintomatología del abceso hepático: es un hecho por demás conocido, especialmente por los colegas de la época pre-eme- tónica. En efecto, fué una de las enfermedades más frecuentes y temidas por su elevada mortalidad. Hoy es una rareza en nuestros servicios hospitalarios. Es casi una enfermedad histórica. En la Altiplanicie de los Andes Ecuatorianos, es donde el triunfo de la emetina ha sido rotundo. Hoy la vemos sólo en gente muy ignorante o de lugares muy alejados. Antes, todo amibiásico y especialmente el alcohólico eran candidatos seguros para su ataque, y para muchos de estos infelices, su terminación habitual. Considero la casi desaparición del abceso solitario, como uno de los grandes eventos en la Historia de la Medicina Ecuatoriana.

c) *Forma atigícolítica*.—La constituyen casos con dolor vesicular, reacción febril, pequeña ictericia, en cuyo pasado se descubre episodios disentéricos, y que curan con emetina: es un carácter fundamental. A falta del hallazgo anatómico patológico, debemos admitir la realidad del viejo aforismo hipo-crático.

#### Manifestaciones crónicas

Un porcentaje apreciable de enfermos crónicos, etiquetados de hepáticos, —rótulo simplista que oculta nuestra ignorancia en lo' tocante al diagnóstico etiológico—, son portadores de formas crónicas de amibiasis del hígado. Este es un terreno muy poco conocido aún en Patología, y que merece una investigación prolija y larga. Creo que por el momento podría presentarse las siguientes formas clínicas.

a) *Hepatitis crónica*.—Se diferencia de la aguda por su larga duración, y la sintomatología atenuada cuantitativamente, es decir, en intensidad.

b) *Abceso fibroso de Kelsh y Ktener*.—Afección bien estudiada por estos autores hace mucho tiempo, quienes la describieron como constituido por pequeños focos supurativos, rodeados de gran magma conjuntivo, y pusieron también en evidencia su etiología amibiana.

c) *Cirrosis amibianas*.—Sífilis, alcoholismo, amibiasis, paludismo, son posiblemente los factores causales de las hepatoesclerosis, de mayor importancia. Sí en algunos casos el diagnóstico precoz de una cirrosis hepática tiene dificultades, mucho más las tiene la averiguación de su etiología, y todos sabemos que esta es la base del tratamiento. Achard y Foix, han hallado en hígados con cirrosis hipertrófica, nodulos gomosos con amibas típicas, en dos sujetos; hay pues comprobación anatómica patológica evidente. Por lo tanto, en todo caso de cirrosis, debemos despistar prolijamente este nuevo factor causal.

d) *Forma Pseudo-neoplásica*.—En 1929, describí esta forma especial, a la que denominé así por sus analogías clínicas con el cáncer. En efecto, se presenta con síntomas clí-

nicos muy parecidos a los de una neoplasia: desnutrición, hígado grande, abollonado y duro, trastornos digestivos, etc. Pero cura relativamente pronto con emetina y más drogas específicas. Quienes interesen una descripción sucinta de estas cuestiones, las hallarán en los Anales de la Universidad Central, Tomo XLII, N°. 268. Abril-Junio de 1929, en que se publicó el estudio de mi referencia, o en la Revue Sud Américaine de Medecine, de París N°. 1, Enero de 1930, en la reseña bibliográfica bien resumida por Joao Coelho. La brevedad del tiempo, me impide entrar en mayores detalles.

#### La Amibiasis renal

Los edemas de los disentéricos no constituyen una rareza; pueden presentarse ya sea en el curso de episodios disenteriformes agudos, o de una manera tardía en los infectados crónicamente; en este último caso, en nada se diferencian de los edemas de los caquéticos, y su patogenia discutible, no es éste el momento de abordarla.

Más difícil resulta la interpretación de los edemas del primer grupo, pues lo único que nos induce a suponer su etiología amibiana, es su desaparición con el tratamiento causal. No es desde luego ilógico el suponer la implantación del protozoario en el riñón, sí está demostrada su distribución por vía sanguínea.

Naturalmente, lo eficaz de la terapéutica en estos casos, imposibilita la comprobación necrópsica, única manera de llegar a conclusiones absolutas.

Clínicamente, los casos en que nos hemos creído autorizados a sospechar la etiología amibiana, se han presentado y han evolucionado con las características fundamentales de las nefrosis. Pero no sería imposible hallar también rasgos de fenómenos nodulares o de foco. En fin, asunto es éste que lo dejamos planteado ahí, esperando estudiar nuevos casos que nos permitan abordar la resolución de este problema de una manera más amplia y categórica.

*Cistitis*\_\_\_\_\_ Fue el Profesor Dávila quien me hizo ver amibas de Shaudín en un sedimento urinario obtenido por centrifugación de la orina de un enfermo atacado de cistitis. Desgraciadamente, no pude saber la evolución del caso, ni



tampoco sí se practicó la cístoscopia, que habría suministrado datos decisivos. Por estas razones, refiero esta observación con las reservas del caso.

#### Abceso del bazo

De este fenómeno de la amibiasis secundaria, he podido recoger una observación. Fue naturalmente un hallazgo de autopsia, ya que es fácil darse cuenta de las grandes dificultades para hacer en vida un diagnóstico de esta naturaleza. La pieza anatomopatológica obtenida en el laboratorio del Profesor Dávila, pude estudiarla detenidamente. Desgraciadamente, no puedo exhibirla ahora por haber desaparecido del museo de Anatomía Patológica, lugar en donde se encontraba.

He ahí pues, un nuevo factor etiológico que no debemos olvidar, al hacer el diagnóstico diferencial en el capítulo poco conocido y tan interesante de la patología esplénica.

#### Manifestaciones pulmonares

He aquí también una nueva etiología para muchos síndromes de patología pulmonar. Digo síndromes, porque la amibiasis pulmonar no evoluciona con caracteres clínicos propios, sino que siempre lo hace con la apariencia, con el disfraz de aquellos conjuntos sintomáticos, con que se hacen aparentes las neumopatías de causas las más diversas. Como en muchos otros capítulos nosológicos, el diagnóstico del síndrome es lo secundario, y la etiología lo principal.

Me parece indudable el aceptar las siguientes formas:

a) *Bronquitis*.—Su verdadero origen sólo lo revela el examen de la espectoración en freco, el que debe ser muy cuidadoso, pues las amibas de la boca pueden inducir a error. Hay también observaciones auténticas de autores extranjeros, y en la localidad, debo un caso muy interesante al Dr. Bravo Anda. El tratamiento específico es muy eficaz.

b) *Absceso del pulmón*.—Afección rara que pueda presentarse bajo dos formas: Absceso primitivo, es decir cuando el pulmón es el único órgano atacado, y absceso secundario,

esto es, cuando se presenta como un epifenómeno, en los casos de absceso del hígado abierto en los bronquios.

Otros fenómenos más raros de la amibiasis

La literatura médica actual, abunda en observaciones cada vez más novedosas y raras; así he podido encontrar estudios sobre las siguientes formas:

**Amibiasis cerebral (Abscesos)**

**Ulceraciones cutáneas**

**Abscesos intramusculares o subperiósticos.**

Si consideramos el hecho indudable de la amibemía, y que este parásito posee propiedades necrosantes, con reacción supurativa posterior, podemos estar seguros de la fenomenología variadísima con que es capaz de manifestarse la amibiasis, en su estado secundario especialmente. Y gravara más en nuestro convencimiento, el hecho de que la amibiasis debe ser considerada y tratada como una enfermedad general del organismo.

Ideas directrices acerca de la terapéutica de la amibiasis

No es mi intención ocuparme detalladamente de este importante tema, que por su extensión sería objeto de un estudio aparte. Quiero solamente poner de relieve las ideas fundamentales, que en mi concepto deben servir de base al tratamiento de esta enfermedad.

Sí ya lo he manifestado más de una vez, que debemos considerar a la amibiasis como a una enfermedad general del organismo, y esencialmente crónica, comparable en ciertos aspectos a la sífilis, es lógico deducir que para su curación debemos emplear una terapéutica larga y discontinua, como tratamiento de fondo, y otra técnica especial de los accidentes.

Pero antes de abordar este tema, debemos recordar que los medicamentos podemos también dividirlos en específicos, sucedáneos y coadyuvantes.

Los específicos, en orden de eficacia, son:

Emetina Yatren 105 Arsenicales.

Los sucedáneos más importantes, son:

Salicírina, bismuto, rivanol, nitrato argéntico (en lavados), los purgantes, el opio, etc., y la dietética.

#### Tratamiento de las manifestaciones agudas

De la manera de comenzar la curación, depende el porvenir del amibiásico. Es mi convencimiento de que es menester instruir un tratamiento fuerte, sostenido, de asalto en una palabra, llevados a la idea directriz de esterilizar ese organismo de amibas, evitando el enquistamiento de éstas. Sólo así podemos ponernos a salvo de curar sólo el episodio agudo, dejando constituida la infección crónica, que será una fuente de achaques varios en las manifestaciones secundarias de la enfermedad.

Soy partidario de comenzar con la administración de un purgante salino: sulfato de sodio o de magnesio. Si hay asociación perasitaria, se dará previamente el medicamento apropiado\* La emetina debe inyectarse dos dosis diarias, mañana y tarde, de 0,04 ó 0,05 cada una, según el estado nutritivo del paciente. Naturalmente, me refiero a dosis para adulto. Si hay depresión, asóciase aceite alcanforado a una dosis o a ambas. Es menester proceder así hasta que los fenómenos agudos cedan, dando también durante este tiempo pequeños laxantes. Los días siguientes se pondrá una sola inyección diaria hasta la desaparición de los síntomas, y las últimas dosis con intervalo de un día. En cada tratamiento sostenido, no se pasará de la dosis total de 0,80 a 1 grm., como máximun, so pena de provocar neuritis u otro accidente de intolerancia.

Entonces instituyo la cura de Yatren en dosis de 0,25 cada una, de las que se darán tres o más según la tolerancia, ya que en muchos individuos provoca diarreas verdosas de cuya aparición debe estar prevenido el paciente. Se dará por algunos días según los casos.

Solamente en las infecciones intensas, es conveniente dar yatren al mismo tiempo que la emetina.

Después de 15 días a un mes de descanso, a lo sumo, es conveniente practicar exámenes de las heces, y caso de ser positivo o sospechoso, instituir nuevo tratamiento.

Es en estos casos de amibiasis latente, en que debe instituirse una terapéutica de fondo a base de tratamientos emetínicos y curas de yatren espaciadas. Los mejores resultados se obtienen en estos casos, activando previamente los quistes, con purgantes, bilis de buey, inyecciones mercuriales. Para esta terapéutica de fondo, la emetina se usará solo a dosis de 0,05 a 0.06 en una dosis diaria o cada dos días.

Dan también buenos resultados aquí los arsenicales alternando con las curas de emetina.

#### Tratamiento de las formas crónicas

Una manifestación disentérica primaria bien tratada, tiene pocas probabilidades de pasar a la cronicidad. En cambio, aquellas que han sido tratadas al principio con dosis débiles de emetina, o poco sostenidas, crean la emetina resistencia muy a menudo, y condenan siempre al enfermo a todos los achaques y eventualidades de la cronicidad.

Se usarán en series alternas o combinadas todos los medicamentos específicos principales, pues como se han creado estados de resistencia medicamentosa en el parásito, es conveniente averiguar prolijamente, a cual cuerpo es más sensible. Todos hemos visto estados crónicos que ceden al yatren, otros al neosalvarzan, etc. \*.

Muchas enteritis tenaces se curan con salicairina, lavados intestinales de yatren, nitrato de plata, ipeca, etc. Es aquí que estas sustancias tienen sus verdaderas indicaciones.

Por lo que toca a la dietética, aconsejo no usar regímenes alimenticios severos. Nada más perjudicial para los pacientes que la dieta estricta y prolongada. A lo más conviene proscribir la leche y la abundancia de carnes. En cambio los huevos, farináceos, frutas, sopas, etc., constituyen una buena indicación, ya que mantienen las fuerzas del paciente, y evitan las manifestaciones de carencia, que contribuyen por su parte, a prolongar la enfermedad principal.

No debemos olvidar la conocida observación popular, de que muchas disenterias o enteritis rebeldes, se curan cuando el enfermo vuelve a comer.

He ahí, señores, la exposición sintética y fiel de los hechos que me ha sido posible observar, y que los someto a la ilustrada consideración de ustedes.